PARTO EN 481 PRIMIPARAS POR ENCIMA DE 25 AÑOS*

*Dr. Germán Velasco L.***

INTRODUCCION

Tanto mi experiencia en cuatro años de estudios de postgraduado, en los servicios de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Juan de Dios, así como el resultado de las enseñanzas de mis profesores, y la revisión de algunas publicaciones nacionales y extranjeras, no me han aclarado a partir de qué edad la mujer que lleva por primera vez un embarazo y realiza su parto, empieza a complicarse para clasificarla como "Primigestante Añosa", en nuestro medio.

Movido por esta inquietud y con la dirección de los profesores Hernando Amaya León y Luis Santamaría Páez y otros profesores del Servicio, se hace una revisión estadística de mujeres de edad avanzada que cursaron su primer parto en el Servicio de Obstetricia del Instituto Materno Infantil "Concepción Villaveces de Acosta".

Aunque el fin primordial de este trabajo no alcanzó a determinar la edad exacta para la clasificación de primípara añosa, por lo menos trata de establecer un límite en el cual la primigestante empieza a complicarse.

Estos datos son obtenidos de las historias clínicas que reposan en la Oficina de Estadística del Instituto Materno Infantil.

Se hace la revisión de 481 primigestantes mayores de 25 años sobre un total de 4.481 primíparas atendidas durante el año 1964.

Datos estadísticos nacionales

El doctor Ariel Rodríguez Astié en su tesis de grado (1) "Parto en la Primípara Vieja", concluye que no ha podido establecer a los cuántos años debe considerarse vieja una primípara, teniendo la seguridad que existen múltiples factores individuales que influyen sobre la evolución y desarrollo del parto, su mecanismo y duración. Cree sin embargo que entre nosotros pudiera tomarse como edad media la de 25 años ya que, consultando sus historias clínicas las dificultades han aparecido de esa edad en adelante. Anota que sobre 17.722 partos encontró 8.133 primíparas de las cuales 1.198 pasaban de los 25 años, da una frecuencia de 6.7% de primíparas viejas, en ellas encontró una frecuencia de 7.4% para los partos a término, y 25.3% para los prematuros. El índice global del parto espontáneo es de 56.96%, pero hay diferencias en los grupos estudiados de acuerdo con sus eda-

* Trabajo presentado a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología para su ingreso como Miembro de Número.

** Residente de 4º año de Obstetricia y Ginecología.

des así: a) para las de 25 a 27 años: 73.2% b) para las de 28 a 33: 68.21%, c) para las de 34 a 39 años: 44.37% y d) para las de 40 a 45 años: 42%. El índice global de la duración del trabajo es de 31 horas, 6 minutos, con diferencias para los grupos, así: para las de 25 a 27, 22 horas 7 minutos; para las de 28 a 33, 22 horas 59 minutos; para las de 34 a 39 años 26 horas 1 minuto, para las de 40 a 45 años, 33 horas 17 minutos. El parto intervenido tuvo una frecuencia global de 43.05% y se distribuye así: fórceps: 24.93%; basiotripsia: 0.8%; embriotomía raquídea: 0.38%; versión interna: 0.08%; extracción podálica: 0.24%; cesárea: 14.62%.

Anota que la cesárea constituye una preciosa indicación materno-fetal, por la sola edad avanzada y sus consecuencias, en toda primípara vieja. Comprueba una mayor frecuencia de la intervención en las mujeres de edad más avanzada así: a) para las de 25 a 27 años: 6.14%; para las de 28 a 33: 8.59%; c) para las de 34 a 39 años: 17.45%; d) para las de 40 a 45 años: 26.32%.

Refiriéndose al pronóstico materno anota que la morbilidad materna está influenciada, porque una incidencia mayor de toxicosis gravídica se comprobó a medida que aumenta la edad de las pacientes. La mortalidad materna fué, globalmente, de 1%, pero depurada bajó a 0.5%. Encontró índices de morbilidad y mortalidad fetales directa o indirectamente influenciadas por la primiparidad añosa: ligados a sufrimiento fetal por trabajo prolongado, por traumatismo obstétrico en el parto espontáneo y especialmente en el intervenido, por las lesiones superficiales, esqueléticas, y viscerales, éstas últimas representadas principalmente por la hemorragia intracraneal. Estableció una

mortalidad fetal global de 8.5%. Finalmente concluye que los índices de pronóstico materno-fetal desfavorables en su estadística, disminuyen con la operación cesárea, aclarando que la mortalidad atribuible a ésta intervención es baja si se descartan los casos que no son directamente imputables a ella.

El doctor Ramírez Merchán (2) en la publicación aparecida en la Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional en Enero y Febrero de 1948, titulada Conductas Obstétricas Controvertibles, bajo el epígrafe "Del Parto en las Primigestantes Viejas", anota que las normas expuestas para las primigestantes jóvenes, como la vigilancia continua del parto para advertir cualquier anomalía en el ritmo del trabajo y su repercusión sobre el producto de la concepción, la auscultación frecuente para cerciorarse de los ruidos cardíacos fetales, así como otros cuidados especiales, deben tener carácter imperativo en las añosas porque todos los peligros se exageran en ellas y hay un factor importantísimo, la supervivencia fetal de necesidad casi obsesiva por la posibilidad de que la mujer esté en el límite de su capacidad fecunda. Anota además el autor, como opinión unánime, la de que la vieja primigestante termina el embarazo antes de término, así también opina que es raro que se pase de él, agregando que en esta eventualidad es posible la muerte fetal antes del trabajo, por tanto es perentoria la práctica de la cesárea, con tanta mayor razón si entran en juego consideraciones de orden social. Así como el solo hecho de la edad avanzada para la primera gestación puede poner de manifiesto la intervención cesárea, no es tampoco de rigor que toda vieja primigestante haga distocia y obligue a intervenir antes

de la aparición del trabajo o en el curso de éste. Describe tres casos de primigestantes añosas: de 42, 44 y 46 años, quienes con un control muy estricto durante el trabajo de parto obtuvieron fetos en perfectas condiciones, extraídos con fórceps. Por otra parte señala la necesidad de la cesárea con indicación obstétrica teniendo muy en cuenta factores de orden social nada despreciables.

Datos estadísticos extranjeros:

Los argentinos Linger y Boronstein (3) traen los siguientes datos: en un lapso comprendido entre 1932 a 1947 encuentran 25.089 partos con 1.462 primíparas de más de 30 años, con un porcentaje de 5.8%. Encuentran una frecuencia de parto prematuro en 7 años de 6.5%. La mayoría de las presentaciones cefálicas de vértice 81.7% Izquierdas: 68.9%. Derechas: 21.6%. Presentaciones de pelvis: 4.24%. Presentaciones de frente, cara y hombro: 0.94%. Embarazos gemelares: 4.5%. Aseguran que el trabajo de parto es más prolongado en esta clase de primíparas; sostienen que la ruptura prematura de membranas es común en las primigestantes viejas. Para el año de 1947 dan un porcentaje del 79.4% para el parto espontáneo. Un 14.1% para el fórceps, de 3.8 a 9.3% para la cesárea y dicen, sin precisar la frecuencia, que se hizo basiotripsia, gran extracción pelviana, versión interna en algunos casos de excepción. Anotan que la mortalidad materna ha disminuído, sin precisarla, y la mortalidad fetal la evalúan entre 0.84 y 8.4%.

Los americanos Arnold y Donald Nelson (4) de San Francisco, consideran como primípara vieja a la mayor de 35 años; dan para el parto espontáneo un 52% de frecuencia y dicen que en ellas el trabajo prolongado y las variedades posteriores son

más comunes. Dan un 41.9% para la frecuencia del fórceps y 9.5% para la cesárea. La mortalidad materna la evalúan en 1.2% y la mortalidad fetal en un 8.96%. Además, conceptúan que hay más complicaciones en las viejas que en otras mujeres. Hacen ver la gran frecuencia de la toxemia y anotan que las variedades posteriores en las presentaciones de vértice y la pelvis son muy comunes y preconizan la cesárea en casos de estrechez, presentación distócica o fibromas que obstaculicen el trabajo y cuando el feto es grande. Sostienen que no hay lugar a la inducción prematura del parto, excepto en los casos de muerte fetal o anormalidad congénita. Dicen que la inercia es común. Afirman que si las membranas están rotas la posibilidad del parto espontáneo o la cesárea depende del estado del cuello y de la capacidad pélvica.

Robert Hawking, Walter Coley Jr. y Thomas M. Tierney (5), traen los siguientes datos en 13 años que han consultado, de 30.337 partos, 13.062 fueron primíparas y 383 pacientes tenían más de 35 años lo que hace un 1.2%. Dan como frecuencia para el embarazo a término un 92.7%, encontraron 4 casos de parto a los 8 meses; dan el 10.1% para la toxemia y sostienen que la frecuencia en las viejas es cuatro veces mayor que la frecuencia común; sólo encontraron 13 casos de parto prematuro y 12 de hemorragia del alumbramiento. Una frecuencia para parto espontáneo de 29.5%, 114 casos; 140 fórceps profilácticos y sumados éstos y aquellos hacen un porcentaje de 63.3%; para la cesárea dan un 16.4% pero en las primíparas de más de 40 años encuentran 42.1%. Para el fórceps dan un 52%.

En su estadística encontraron 11 extracciones podálicas y dos casos de

versión interna, extracción: 2, craneotomía: 1. Las incisiones del cuello las encuentran dos veces asociadas a fórceps. De 330 partos espontáneos, 260 tuvieron trabajo de menos de 24 horas. Las muertes maternas entre ellos fueron 3, una debido a infarto de miocardio, otra a hemorragia abdominal y la otra a peritonitis postoperatoria. Los mortinatos dan un porcentaje de 2.6% y la mortalidad neonatal 1.6%. Con respecto a la edad del embarazo el 28% correspondió a partos prematuros, en ellos la mortalidad fué del 50%; concluyen que muchos embarazos llegan a término en las viejas.

Greenhill (6) sostiene que la tendencia al trabajo prolongado es lo más común en las primíparas viejas, que en ellas aumenta la toxemia y la incidencia operatoria y que la hemorragia del alumbramiento es frecuente. Dice que cada caso debe ser individualizado porque el parto por las vías naturales es más deseable, y concluye diciendo que las primíparas viejas no son riesgos obstétricos a pesar de crecer en ellas la incidencia del trabajo prolongado, las intervenciones operatorias y las hemorragias del alumbramiento.

L. A. Calkins (7) de la Universidad de Kansas, analizó 5.186 partos en primíparas y 4.681 en múltiparas para determinar el efecto de la edad sobre el embarazo y el trabajo de parto. Dividió las pacientes dentro de los siguientes grupos de edad: primíparas por encima de 15 años, 16-29; 30-34-35 y más años; múltiparas por encima de 29 años, 30-34, 35-39 y de 40 en adelante. Las enfermedades cardiovasculares e hipertensivas fueron numerosas para ambos grupos. Los miomas fueron una complicación para las mujeres jóvenes y frecuentes en las de mayor edad. Estas y otras enfermedades características de

todas las mujeres de mayor edad pueden afectar el resultado del embarazo y trabajo en algunos casos. La incidencia de la toxemia tardía en las primíparas no fué influenciada por la edad. La incidencia de presentaciones anormales, incluyendo la pelvis, estuvo moderadamente aumentada en las mujeres múltiparas de mayor edad y grandemente aumentada en las primíparas viejas. Esto tuvo un poco efecto en la madre y el niño. El gran número de cesáreas se efectuaron por temor a alguna complicación que pudiera ocurrir en las mujeres viejas, pero anota el autor que más tarde fueron consideradas innecesarias. Dice que el primero y segundo período de parto no fueron prolongados en pacientes viejas con parto vaginal. La hemorragia en el tercer período fué mayor en las pacientes viejas. No hubo diferencia en el peso de los niños para las mujeres de mayor edad. La mortalidad fetal estaba definitivamente aumentada a medida que la edad avanzaba. El aumento de la mortalidad parece tener relación con el aumento de la cesárea y la presencia de fibromas y enfermedades del corazón. Anota el autor que la cesárea es preferible a los procedimientos operatorios vaginales.

Eduard G. Waters y Henry P. Wager (8) compararon las historias clínicas de 649 primíparas mayores de 35 años atendidos en el período de 10 años en el Margaret Hague Maternity Hospital, con las de 649 primíparas menores de 25 años. Anotan que el efecto de la edad de la paciente sobre el embarazo se manifiesta por el aumento de enfermedad sistémica vascular y sus complementos, la toxemia gravídica. Que la asociación de embarazo y fibroma aumenta en las viejas. La alta incidencia de aborto encontrada puede ser explica-

da por el aumento de miomas, por alteración del balance hormonal y por los cambios vasculares periféricos: la hemorragia por aborto y la asociación con placenta previa y abruptio es alta. La toxemia en ambos grupos es numerosa e importante. El porcentaje de enfermedades del corazón es constante en ambos grupos. La morbilidad por sepsis del intra y post-parto es baja, una endometritis aguda puerperal. Esto puede estar asociado a la mayor incidencia de la cesárea. La ruptura de membranas sucede frecuentemente antes de la iniciación del trabajo de parto. El parto prematuro no es común y la inducción del trabajo rara vez es necesaria. En cuanto al uso del fórceps, anotan los autores, que excluyendo los casos en que se lo usó como profiláctico, el fórceps bajo fué requerido cuatro veces y el medio tres, tan frecuente como en las clínicas generales. El fórceps bajo fué más frecuentemente utilizado por el gran valor social del feto. En cuanto a la cesárea con una incidencia del 16%, fué 5 veces más frecuente que en la clínica general (alrededor del 3%). La cesárea extraperitoneal fué hecha en uno de cada cuatro casos. Los factores de mayor contribución al índice de cesáreas son el aumento de las presentaciones viciosas, la capacidad pélvica límite, el alto porcentaje de toxemia y más frecuentemente la aparición de abruptio placenta y placenta previa. Hubo 8 muertes maternas entre 649 primíparas mayores de 35 años, solamente 3 después de las cesáreas. Alrededor de cuatro muertes pudieron depender directa o indirectamente de la edad. La muerte fetal fué de 45. Finalmente aseguran que la cesárea está frecuentemente indicada como medio de seguridad para un feto de gran significación social.

John Parks (9) en 1951 anotó que el embarazo en mujeres mayores de 40 años es diferente a las de 20 años o menos y que el niño tiene una significación distinta. Anota el autor que estadísticamente es 6 veces más seguro tener un niño a la edad de 20 a 24 años que de 40 a 44. Después de los 45 años la mortalidad materna es 9 veces mayor. Sin embargo dice que con la medicina moderna y con las técnicas quirúrgicas actuales la muerte por embarazo en cualquier edad es rara. El aumento de las complicaciones es notorio en el embarazo de las mujeres viejas y requiere rápido diagnóstico y atención médica y obstétrica adecuada. Dice que entre los problemas más frecuentes se encuentran las enfermedades del tiroides, la hipertensión vascular y cambios renales, la obesidad y la toxemia. La incidencia de presentación de pelvis, de cáncer, de anormalidad fetal, de prematuridad y muerte fetal es grande. Aparte de las anormalidades físicas la edad tiene gran influencia sobre la actitud emocional, la mujer vieja se siente menos segura de su capacidad reproductiva. El temor más grande en ella es el de tener un niño anormal o uno que no viva. Necesita bases de seguridad y cuidadosa observación en el prenatal. Piensa que la inducción con pituitrina es lo último que se debe hacer en las mujeres viejas. También que la cesárea por razón de la edad, es rara vez indicada y que es preferible alguna operación o manipulación vaginal.

Albert L. Higdon (10), de New Jersey, en un sumario de 32 primíparas mayores de 40 años, dan un porcentaje de cesáreas del 21%, parto espontáneo 0, fórceps bajo 78%. En cuanto a complicaciones maternas halla la toxemia en el 9%.

Emanuel F. Friedman y Marlene R. Sachtleben (11) de Chicago Illinois,

muestran su incapacidad para determinar claramente las alteraciones en el curso de trabajo de parto en las mayores de edad exceptuando la prolongación del segundo período. Así mismo, anotan la eliminación de casos potencialmente anormales por la cesárea temprana. Como datos estadísticos anotan un 9,3% con detención de la dilatación en el grupo de las de edad avanzada, en contraposición al 2,3% en los grupos de menor edad y 3%, en los grupos de edad media. Recalca el autor la indebida y alta frecuencia de la sedación en las mujeres viejas. La cesárea fué practicada más frecuentemente por demora en el período secundario en las de mayor edad 36,4% que en uno y otro de las del grupo joven, en las cuales no hubo ninguna; y en la población en general esta aberración solo fué causa de cesárea en el 29%.

Anota que en el citado grupo de añosas se hicieron cesáreas electivas antes del trabajo o durante él en nueve pacientes.

Lawrence Wharton (12) en Noviembre de 1964 en Johns Hopkins Hospital revisó la literatura médica posterior a 1860 y encontró 26 casos aparentemente auténticos de mujeres quienes habían tenido niños normales después de los cincuenta años de edad. Ninguno de los obstetras por él interrogados, informó parto con niño completamente sano en las mujeres de cincuenta años, solamente uno había atendido un parto con un niño sano en una mujer de cincuenta y dos años, anota que la concepción después de los cincuenta años es desaconsejable.

S. León Israel y J. Deutschberger (13) en 1964 revisaron datos obtenidos de 22.001 grávidas no seleccionadas con feto único provenientes de 14 instituciones. Solamente un cuar-

to de las mujeres los tuvieron en los 14-15 años y 2,2% a los 15 años. Alrededor de la quinta parte por encima de los 31 con 7% por encima de los 40. Exceptuando el grupo de las mujeres más jóvenes la rata de mortalidad fetal creció linealmente con la edad materna. Entre las primíparas los niños de las madres más jóvenes y aquellos de las de edad más avanzada tuvieron el riesgo más alto. En cuanto a la duración del trabajo, anota el autor que alrededor de la sexta parte de las mujeres muy jóvenes tuvieron el parto en menos de cinco horas; casi la cuarta parte de las de 14-15 años tuvieron un trabajo corto, así como dos quintos de todas las embarazadas por encima de 30 años. La cesárea se hizo tres veces más frecuente en mujeres de más de 30 años que en las de menos de 20 años, (6 y 2%). La rata más alta entre las mujeres más viejas se debió al aumento de la cesárea electiva en las nulíparas viejas; en cuanto al porcentaje de malformaciones congénitas de los recién nacidos, fué mucho menor en las de 14 a 15 años, con una incidencia superior entre las nulíparas viejas que entre otros grupos. Los niños de las más jóvenes y de las más viejas tenían una proporción superior de anomalías neurológicas que aquellos de madres de cualquier otro grupo de edad; un número excepcionalmente grande de niños nacidos de madres de 40 años de edad y más, tenían trastornos neurológicos en el examen hecho al año de edad. A causa del embarazo las de 14-15 años y más particularmente las mujeres en la quinta década corrieron el mayor riesgo. La edad mejor para el parto se consideró entre 18 y 25 años.

Ian Donald (14) hablando de casos obstétricos especiales anota tres

tipos de ellos; la primigestante añosa, la gran múltipara y la paciente con historia obstétrica mala. En cuanto al primer grupo dice que hay tendencia general a incluir en esta categoría a todas aquellas mujeres que llevan a cabo su primer embarazo por encima de los 35 años, anotando que los resultados obstétricos en este tipo de mujeres hace confusa esta idea. El autor cita que tanto Miller como Nixon en 1931 solo incluyeron mujeres que estaban por encima de los 40 años. Considerando lo común que es este problema, se sorprende de que la literatura médica no esté llena de informaciones sobre este punto. No hay duda de que la primigestante añosa está predispuesta a enfrentarse a complicaciones que son el resultado de un proceso natural de la edad avanzada, y la resistencia y capacidad de enfrentarse a las enfermedades no es la misma que la de una mujer en sus 20 años. En cuanto a las complicaciones del embarazo afirma que la fertilidad normal de la mujer es máxima alrededor de los 23 años de edad a partir de la cual hay una disminución gradual de ella, a los 40 años sus posibilidades están enormemente reducidas. Dice que en ellas hay una mayor predisposición al aborto. Miller revisó 88 casos en el Hospital Real de Maternidad de Edimburgo y Nixon describió 100 casos comparándolos con los resultados de 100 controles consecutivos de mujeres entre 20 y 25 años. Ambos escritores encontraron aumento en la incidencia de toxemia, pre-eclampsia.

Dentro de las limitaciones de los conocimientos acerca de la etiología de la toxemia pre-eclampsia se hallan altamente sorprendidos de la incidencia aumentada en las más viejas porque al aumentar la edad de por sí se favorece la enfermedad hiperten-

siva y disminuye la enfermedad del S. C. Vascular, encuentran aumento de la hiperemesis gravídica.

Dicen que debido a que una paciente se esté volviendo vieja es natural que tenga más tiempo para desarrollar enfermedades de tipo ginecológico de las cuales los fibromas parecen ser los más comunes. En cuanto a las complicaciones del trabajo dicen que el parto prematuro es más común pues Nixon informa una incidencia del 10% contra el 3,8% en la primigestante joven. Halla que la duración del trabajo tiende a aumentarse en un 25% a causa de la ansiedad. Las posiciones posteriores son usuales y sus efectos complicados. La inercia uterina también tiene tendencia a dificultar el caso. Dice que los signos de sufrimiento materno en el trabajo de parto aparecen rápidamente en la mujer vieja, lo que trae como consecuencia el aumento del acto quirúrgico; en efecto el 40% de los casos de Miller tuvieron un parto espontáneo, y 38% requirieron fórceps, y la incidencia de la cesárea fué 4 veces más alta que en las mujeres jóvenes. Anota que el fórceps se requerirá dos o tres veces más que en las mujeres jóvenes. En cuanto a la mortalidad materna encuentra que es ligeramente superior y está en relación directa a la aparición y naturaleza de las complicaciones descritas y a la necesidad de las operaciones. Piensa que bajo las condiciones modernas este aspecto del problema ha sido reducido a pequeñas proporciones.

Anota cómo la prematurez en estos casos ayuda a aumentar la mortalidad fetal, señala que las anomalías fetales están aumentadas, no se sabe por qué, y que el hijo mongólico de la mujer añosa primigestante es bien conocido. En cuanto a conducta obstétrica, dice que la pri-

migrávida añosa no requiere ningún tratamiento quirúrgico especial sobre la base de su edad, pero que es obvio la supervisión detallada tanto para el embarazo como el trabajo de parto. Dice que la pelvis debe ser medida antes de intentar un parto vaginal y afirma que la combinación de presentaciones anormales con primigestantes añosas demanda la cesárea como procedimiento electivo anotando que no hay lugar para la prueba de trabajo en este tipo de mujeres. Muestra cómo la cesárea no es garantía de supervivencia fetal y que no debe ser empleada sobre bases de la edad únicamente. Que la respuesta de la inducción del trabajo es insatisfactoria.

MATERIAL Y METODOS

Se hace la revisión de las Historias Clínicas del Instituto Materno Infantil "Concepción Villaveces de Acosta", que corresponden a primíparas de más de 25 años de edad durante el año de 1964.

El total de mujeres atendidas en el servicio fué de 17.751 de las cuales 4.481 eran primigestantes y de éstas, 481 se encontraban por encima de 25 años. Se las divide por grupos de edades los cuales aparecen en la mayoría de los tratados, excepto los extranjeros, especialmente los norteamericanos, quienes se preocupan por efectuar estos estudios en mujeres por encima de 35 años de edad.

Los grupos son los siguientes:

- A - Mujeres de 25 a 28 años.
- B - Mujeres de 29 a 32 años.
- C - Mujeres de 33 a 36 años.
- D - Mujeres de 37 a 40 años.
- E - Mujeres por encima de 40 años.

Por una parte se comparan con un grupo testigo escogido al azar, de 100 primigestantes cuya edad está

entre 18 y 25 años, para tratar de evaluar si la edad influyó en la manera de terminación del parto: espontáneo, intervenido, fórceps, cesárea, y sus causas respectivamente.

En segundo lugar se comparan los grupos de edades entre sí para tratar de evaluar también a qué edad empiezan las complicaciones. Los datos de comparación son: prematuridad, gestosis, presentación, estados de las membranas al ingreso, tiempo de trabajo, métodos de finalización del parto (espontáneo, cesárea y fórceps), estado fetal inmediato, edad del embarazo relacionado al peso del feto al nacer y estado del niño al salir del hospital.

Las mujeres que se intervinieron por "añosidad pura" se excluyen del trabajo para no prejuzgar. Las pacientes intervenidas con aplicación de espátulas se omitieron también ya que éste no es un método usado con frecuencia.

Aquellas auxiliadas con ventosa quedaron omitidas también ya que su escaso número, en la mayoría de las veces, fué una medida preliminar para aplicar el fórceps.

Debo aclarar también que en algunas causas de cesárea aparece la añosidad, pero siempre acompañada de otra indicación que justificara la intervención.

En cuanto a los partos gemelares se analizan por separado respecto a la terminación de los mismos, de allí que no corresponda el número de mujeres con el número de partos.

Finalmente estos datos se comparan con estadísticas nacionales y extranjeras.

Edad del embarazo:

Se tomó como clasificación la usada en forma general, prematuros has-

ta las 36 semanas y de término de allí en adelante.

Gestosis:

A) pre-eclampsia: mujeres que al ingreso presentan tensión arterial por encima de 140/90 con edemas o albuminuria o éstas dos últimas.

B) eclampsia: aquella toxémica que presenta convulsiones.

C) A. C. Vascular: siempre precedida de eclampsia.

D) Hipertensión Arterial.

Enfermedades generales:

A) Cardiopatía Reumática.

B) Tuberculosis Pulmonar.

C) Hipertiroidismo.

D) Lúes.

Presentación:

Variedad de posición en el momento del ingreso o su evolución en el trabajo de parto.

Estado de las membranas al ingreso

Tiempo de trabajo de parto:

Se clasificó así:

A) Hasta cinco horas.

B) De 6 a 10 horas.

C) De 11 a 15 horas.

D) De 16 a 20 horas.

E) De más de 20 horas.

Métodos de finalización del parto:

Espontáneo, fórceps, cesárea y sus causas.

Estado fetal inmediato:

Se usó la clasificación de Apgar con la misma división que su autora describió: de 1 a 2 malo; de 3 a 7 regular y de 8 a 10 bueno. Nacidos muertos.

Maduración fetal:

Factor ponderal, prematuros hasta 2.499 gramos y de término de 2.500 gramos en adelante.

Estado del niño al salir del hospital:

De acuerdo al concepto del médico pediatra: bueno o muerto.

Edad del embarazo:

Factor cronológico

Como se muestra en el Cuadro Nº 1 la duración del embarazo fue predominante a término. En el grupo D hubo un aumento en el índice de prematurez vecino al citado por Rodríguez Astié (op. cit.) en un trabajo sobre el mismo medio hospitalario. De todos es conocido el alto porcentaje de prematurez en el I. M. I., en la Estadística General se aprecia un dato de 15.1% (15) cuya explicación no es suficientemente conocida y, las condiciones sociales y económicas del medio hospitalario deben jugar principal papel. Como quiera, la elevación aparece significativa aún cuando, desgraciadamente, no se le pueda confirmar en el grupo E de mayor edad por razón del escaso número de pacientes observadas.

Posiblemente influyen los factores sicógenos que anotaran Nixon y Miller (16) relacionados al temor del embarazo, a su evolución y los resultados fetales.

CUADRO Nº 1
EDAD DEL EMBARAZO

	De término	Prematuros
GRUPOS A	86.6%	13.3
B	84.0	16.0
C	84.7	15.3
D	73.6	26.4
E	100.0	

GESTOSIS

En el grupo de las gestosis (Cuadro Nº 2) se aprecia un aumento

progresivo y significativo del número de casos de Toxemia Gravídica, hipertensión arterial y sus complicaciones en relación con el aumento de la edad de las pacientes. Este hecho ha sido confirmado por los distintos investigadores como aparece en la literatura resumida al iniciar

este trabajo. Así Greenhill (op. cit.), Rodríguez Astié (op. cit.), Waters y Wayer (op. cit.), Higdon y Teaneck (op. cit.) y en general todos los artículos revisados encuentran esta relación que así aparece como un hecho de aceptación universal.

CUADRO N° 2
GESTOSIS

	Pre-eclampsia	Eclampsia	A. C. V.	Hipertensión Art.
GRUPOS A	17.8%	1.8%	0.3	
B	24.3	0.8		0.8
C	32.2			
D	31.5			
E	100.0			

Enfermedades generales

Las enfermedades generales que aparecen en el Cuadro N° 3 son significativas para llamar la atención sobre la necesidad de buscarlas en la población hospitalaria del I.M.I. ya que sin ese dato global es imposible afirmar su relación con la edad materna. En la literatura revisada aparece la afirmación de Greenhill (op. cit.) que relaciona las enfermedades

de tiroides y la obesidad con la añosidad. La T.B.C. y la lúes son problemas a escala nacional, cuya real incidencia en el medio hospitalario del I.M.I. es desconocida porque la mayoría de las pacientes no asisten a Consulta Pre-natal y la permanencia hospitalaria es tan breve que no permite esa investigación a menos que haya sintomatología evidente de la enfermedad.

CUADRO N° 3
ENFERMEDADES GENERALES

	Cardiop.	Reumát.	T.B.C. Pulmon.	Hipertiroid.	Lúes
GRUPOS A	0.3%				0.3%
B	0.8		0.8%	0.8	1.6
C	1.6				
D			5.2%		

Presentación

En realidad el mayor número de partos ocurrió en presentaciones O. I.A., O.D.A. y Pelvis. La incidencia de variedades occípito posteriores o de situación transversa fué muy baja como para tener valor estadístico: en otros medios se ha encontrado

una mayor incidencia de variedades posteriores Nixon (op. cit.). La presentación de pelvis solo aparece significativamente (Cuadro N° 4) mayor en el grupo D, el cual es considerado como el grupo de primíparas añosas por todos los autores, quienes además consideran el parto en pelvis como indicación para cesárea

electiva. Así Miller (op. cit.) encuentra relación directa entre la mortalidad y la presentación de pelvis atendida por las vías naturales, justificando la intervención cesárea en estos casos. Rodríguez Astié (op. cit.) sobre 10 partos en pelvis anota una mortalidad de 4, o sea 40%; ahora bien en el grupo de 29-32 años esta mortalidad fue del 37.5% y en el grupo de 34-39 años subió al 50%.

CUADRO Nº 4
PRESENTACIONES

	O.I.A.	O.D.A.	PELVIS
GRUPOS A	75.6	18.5	3.5
B	75.7	21.8	2.4
C	74.5	18.6	3.2
D	78.9	5.2	10.5
E	100.0	0.0	0.0

Estado de las membranas al ingreso

En el Cuadro Nº 5, se ve como a medida que la edad avanza, la frecuencia de ruptura de membranas es mayor al ingreso de la paciente. No podemos darle otra interpretación puesto que en las Historias Clínicas solamente aparece el dato de membranas íntegras o rotas en el momento del ingreso. Sin embargo vale la pena mencionar una cita que hace el doctor Rodríguez Astié (op. cit.) de los Argentinos Linger y Borounstein quienes afirman que el parto en esta clase de primíparas (de más de 30 años) se ha caracterizado por durar más horas y han comprobado que la ruptura prematura de las membranas es común en estas pacientes.

Edward G. Waters y Henry P. Wager (op. cit.) dicen que en estas mujeres viejas (más de 35 años) la ruptura de membranas, sucede más frecuentemente antes de la iniciación del parto.

CUADRO Nº 5

ESTADO DE LAS MEMBRANAS AL INGRESO

	Membranas íntegras	Rotas
Grupo A	84.0%	16.0%
Grupo B	78.4	21.6
Grupo C	75.8	24.1
Grupo D	68.4	33.5
Grupo E	100.0	0.0

Tiempo de trabajo

Considerando los grupos, por edades de mujeres, (Cuadro Nº 6) que tuvieron su parto durante las cinco primeras, no nos parece muy significativa la diferencia entre uno y otro, por consiguiente no hacemos ningún comentario. No ocurre lo mismo en aquellas mujeres que tuvieron su parto entre las 6 y 10 horas. Si se considera que este tiempo es ideal para las primigestantes, vemos que los grupos B y C tuvieron el menor porcentaje. El hecho de que los grupos D y E tengan cifras más altas solamente se puede interpretar, como en otros casos, a la mayor tendencia a intervenirlos.

En cuanto al grupo que trabajó más de 20 horas las cifras son poco significativas, pero si las consideramos debemos aceptar que el grupo B ocupa el mayor porcentaje. Albert L. Higdon (op. cit.) en 32 primíparas sobre 40 años presenta un 65.6% sobre 20 horas. No las podemos comparar con las nuestras por el número tan reducido de este grupo de edad, por otra parte en nuestro servicio no damos oportunidad de trabajo a este grupo de mujeres.

Métodos de finalización del parto

En el Cuadro Nº 7 y 7-A se vé la diferencia entre las primíparas jóvenes y las de mayor edad. A partir de los 25 años, el requerimiento de intervenciones obstétricas crece pro-

CUADRO N° 6
TIEMPO DE TRABAJO

	Hasta 5 horas	De 6-10	De 11-15	De 16-20	De 20 o más
GRUPOS A	7.7	61.2	22.1	5.5	2.9
B	11.2	48.0	30.4	4.8	5.6
C	6.9	46.5	41.3	1.6	3.3
D	10.5	57.8	26.3	—	5.2
E	50.0	50.0	0.0	—	0.0

CUADRO N° 7
MÉTODOS DE FINALIZACIÓN DEL PARTO

	Espontáneos	Intervenidos	Fórceps	Cesárea
GRUPOS A	68.4 %	31.6 %	25.6	6.01
B	53.9	46.1	34.9	11.2
C	62.5	37.5	20.3	17.2
D	45.7	54.3	21.0	33.3
E	0.0	100.0	0.0	100.0

CUADRO N° 7-A
FINALIZACIÓN DEL PARTO EN PRIMIPARAS DE 18 A 25 AÑOS

PARTOS ESPONTÁNEOS	79.0 %	FORCEPS	15.0 %
PARTOS INTERVENIDOS	21.0	CESAREAS	6.0

gresivamente con la edad. Sin embargo el índice es notoriamente mayor a partir de los 29 años de edad en donde realmente aparece más que duplicado el valor respecto a las menores de 25 años (Cuadro 7-A), que se tomaron como grupo de control. Antes advertimos que las intervenciones realizadas exclusivamente por añosidad fueron descartadas por cuanto implicaban un prejuicio, de modo que los datos que ofrecemos aparecen depurados en ese sentido, así cobran mayor significación.

El fórceps, las veces que se aplicó como profiláctico, lo hemos citado a manera de casuística sin concederle valor definitivo en cuanto debe estar tocado de prejuicio. En cambio la de-

mora en el período expulsivo sí es francamente representativa de distocia, más marcada en el grupo de las 29 a 32 años. El descenso aparente en las edades siguientes es debido principalmente al aumento del número de cesáreas.

Causas de partos intervenidos: Fórceps

Las cifras en la aplicación del fórceps profiláctico como puede verse en el Cuadro N° 8 no nos da margen para un comentario de valor, ya que son prácticamente iguales los porcentajes.

Por otra parte, cualquier comentario estaría viciado ya que, gran número de fórceps profilácticos se apli-

caron con fin docente. Lo mismo ocurriría al compararlos con las de 18 a 25 años (Cuadro 7-A).

El fórceps aplicado por sufrimiento fetal, solo hace su aparición en los grupos A y B, siendo mayor en el segundo. El porcentaje en las mujeres de 18 a 25 años es discretamente menor.

En la demora del período expulsivo sí tenemos una gráfica de valor. Hay una notable diferencia entre las mujeres de 29 a 32 años y las de otras edades. La gráfica tiende a ascender desde el grupo testigo y alcanza al máximo en el anotado anteriormente, grupo en el que queremos recalcar las dificultades.

CUADRO Nº 8

CAUSA DE APLICACION FORCEPS

	Profiláctico	Sufrimiento fetal	Demora período exp.
GRUPOS A	10.8 %	2.9 %	14.1
B	10.5	3.2	22.7
C	10.1		8.4
D	5.2		15.7
E	0.0		0.0
De 18—25 años	6.0 %	3.0	6.0

Causas de partos intervenidos: Cesárea

En cuanto a la relación que pudiera existir entre la edad materna y la estrechez pélvica, no tenemos elementos de juicio para negarlo o para confirmarlo. Sin embargo en nuestra estadística solo aparecen en los grupos de edades de 29 a 32 años y 33 a 36 años, siendo cero para las demás (Cuadro Nº 9). El grupo testigo, aparece con un mínimo de incidencia. Merece mención el hecho de que hay alguien que anota mayor rigidez de los tejidos en la primigestante añosa, tratando de explicar este fenómeno.

El sufrimiento fetal como causa de cesárea nos da también cifras que deben ser consideradas; las mujeres comprendidas entre 29 y 32 años presentan mayor incidencia comparadas con todas las demás, haciendo excepción únicamente para las comprendidas entre 37 y 40 años, la cual es mayor, pero la diferencia no es tan marcada como en las primeras.

De la falta de encajamiento y placenta previa no hacemos ningún comentario por las cifras tan insignificantes que encontramos.

Es un hecho, la relación que existe entre la distocia cervical y la edad materna. La curva va en ascenso a medida que la edad aumenta. Emmanuel A. Friedman y Marlene R. Sachtleben (op. cit.) recalcan que la dilatación prolongada o su detención en el trabajo de parto fue obvia en mujeres de edad avanzada. En igual forma Ian Donald (op. cit.) dice que el periné y la parte inferior de la vagina no se dilatan muy bien y por lo tanto la episiotomía debe usarse de rutina, recomendación también hecha por el profesor Ramírez Merchán (op. cit.).

Estado fetal inmediato

El estado fetal inmediato (Cuadro Nº 10) ha sido dividido como su autora la doctora Apgar lo hizo, en tres grupos. Al comparar las cifras en nuestro trabajo se ve claramente que

CUADRO N° 9

INDICACION DE CESAREA

	Sufrimiento fetal	Distocia cervical	Estrechez pélvica	Falta de encajamiento
GRUPOS A	3.7 %	1.1 %	0.0 %	1.1 %
B	8.9	1.6	3.2	—
C	5.0	8.4	3.3	—
D	10.4	20.8	0.0	—
E	0.0	50.0	0.0	—

en la primera división (Apgar 1-2), aunque las cifras no son muy considerables para relacionarlas, se encuentran con mayor frecuencia los primeros 3 grupos de edad, sobresaliendo el grupo de mujeres comprendidas entre 29 y 32 años y 33 y 36 años, notándose poca diferencia entre ellas. En la segunda división, (Apgar 3-7), clasificado como vitalidad regular, apreciamos con mejores valores que el grupo de edad entre 29 y 32 años se encuentra seriamente comprometido, siendo el de 37 a 40

años el que más cerca se encuentra, pero aún por debajo. En cuanto a los nacidos muertos, predomina en forma muy notoria este último grupo; esta curva está de acuerdo con los autores quienes aseguran que la mortalidad fetal aumenta progresivamente con la edad materna, ya que a partir de los primeros grupos la incidencia va en aumento progresivo, para descender en el último posiblemente por causas varias veces anotadas.

CUADRO N° 10

ESTADO FETAL INMEDIATO

	Apgar 1—2	Apgar 3—7	Apgar 8—10	Nac. muertos
GRUPOS A	1.0	3.2	91.6	3.9
B	1.5	10.9	85.1	2.4
C	1.6	3.4	89.6	5.1
D	—	10.5	78.9	10.5
E	—	—	100.0	—

Estado del niño
al salir del hospital

Miller (op. cit.) da un total de mortalidad fetal del 26 por ciento debida especialmente a hemorragia intracraneal post-fórceps o extracción por presentación de pelvis, cifra que según el autor ha sido modificada actualmente por el uso más frecuente

de la operación cesárea (Cuadro N° 11).

A título de información, anotamos que los americanos Arnold y Donald Nelson (op. cit.) de San Francisco de California, consideran la primípara vieja mayor de 35 años con una mortalidad fetal de 8.96% apenas comparable al primer grupo nuestro.

CUADRO Nº 11

ESTADO DEL NIÑO AL SALIR DEL HOSPITAL

	Bueno	Muerto
GRUPOS A	91.8	8.1
B	92.9	7.1
C	86.2	13.7
D	78.9	21.0
E	100.0	

CUADRO Nº 12

MADURACION FETAL

Grupos	Prematuros	De término
A	14.0%	86.0%
B	22.1	77.9
C	18.6	81.3
D	26.3	73.6
E		100.0

Maduración fetal (factor ponderal)

La prematuridad (Cuadro Nº 12) aparece considerablemente alta para el grupo de edad entre 29 y 32 años, siendo la cifra muy diferente a los demás grupos. Solamente el grupo de edad comprendido entre 37 y 40 años lo sobrepasa. Sin embargo la curva no va en ascenso permanente. Debemos hacer mención a la relación que existe en nuestra estadística del Apgar bajo y la prematuridad, presentes notoriamente entre los grupos de edades de 29 y 32 años y 33 a 36 años.

Los argentinos Linger y Borounstein (op. cit.) encuentran una frecuencia de parto prematuro en 7 años de 6.5% en mujeres primíparas de más de 30 años.

Robert Hawking, Walter Coley Jr. y Thomas M. Tierney (op. cit.) en primíparas de más de 35 años encuentran un 28% de partos prematuros, cifra bastante mayor a la encontrada por nosotros. El mismo autor concluye que muchos embarazos llegan a término en las viejas.

Consideramos necesario anotar que en la revisión de las historias no se encontró mortalidad materna, hallazgo que está en desacuerdo con la mayoría de los autores.

CONSIDERACIONES

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Para todo médico obstetra es bien conocido el hecho de que la mujer primigestante añosa necesita un cuidado especial en su manejo. Es indudable que su experiencia y conocimiento lo alertan para atender de manera más cuidadosa su prenatal, su parto, pendiente, como es obvio, de cualquier complicación que en el momento menos pensado pueda ocurrir. Así mismo no se le escapa que el fruto de ese embarazo y parto va a jugar papel casi definitivo en la vida no solo de sus progenitores sino de muchas personas.

Todo médico que se preocupe de revisar los trabajos que hay al respecto no se extrañará de la diversidad de conceptos, la disparidad de afirmaciones, la forma tan diferente de resolver los problemas obstétricos de la escasez de trabajos que hay publicados. La literatura es mínima y por consiguiente la experiencia de los más versados se conoce poco.

Pensamos que todo país trata de fijar la edad para considerar a la mujer que lleva su primer embarazo como "Primigestante Añosa", es frecuente que no coincidan en su determinación: unos la colocan entre 30 años de edad, otros alrededor de los 35 y muchos autores muestran su preocupación en las de 40 años. Muchos de ellos, reconocen la dificultad

tad para valorar exactamente este hecho pues determinadas conductas pudieron ser diferentes con un poco de expectativa.

Entre nosotros hay un hecho evidente: el estudio del tema es casi nulo, por consiguiente es justo analizar los fenómenos que se suceden relacionados con la edad en la embarazada primigestante, y dar algunas recomendaciones como fruto de este análisis. Así tenemos que el Dr. Rodríguez Astié comienza a sospechar la iniciación de los problemas en las mujeres que se encuentran entre los 25 años de edad. Cree, pues, que entre nosotros pudiera tomarse como edad media, la de 25 años. Muchos de nuestros especialistas en la rama de la Obstetricia hacen recomendaciones muy especiales en cuanto al manejo de la "Primigestante Añosa", pero no son claros en la edad. Los autores de este trabajo, también queremos ser cautos en nuestras observaciones.

Como cada capítulo tiene su comentario aparte, queremos en este resumen anotar solamente los hechos más sobresalientes. Nuestras recomendaciones van dirigidas para el grupo de edad, comprendido entre los 29 y 32 años. Es éste a nuestro juicio, el que merece considerable cuidado ya que se considera como iniciador de los problemas en la mujer primigestante. Para las mujeres comprendidas en esta edad recomendamos exagerar los cuidados de prenatal, con mucha mayor razón la conducción del parto: éste deber será exigido como fundamental. El stress en que un obstetra se encuentra al aparecer como responsable en gran parte, en el manejo de una mujer añosa embarazada por primera vez, sobre todo en los momentos del parto, es bien conocido. Por varias razones queremos insistir que des-

pués de una valoración cuidadosa, la intervención oportuna será salvadora en muchísimos casos.

Nuestras conclusiones son respaldadas por los siguientes hechos:

1º En la edad del embarazo, como factor cronológico, se aprecia un moderado aumento de la prematuridad en las mujeres de 29 a 32 años: solo sobrepasado por las mujeres entre 37 y 40.

2º Se encuentra un aumento progresivo y significativo del número de casos de toxemia gravídica, hipertensión arterial y sus complicaciones. Las enfermedades generales son significativas en cuanto a insistir buscarlas dentro de la población hospitalaria.

3º En cuanto las presentaciones anotamos que el mayor número de casos fueron las de vértice en variedad anterior y pelvis; las posteriores y situaciones transversas no tuvieron valor estadístico. Pero creemos necesario aclarar que pudo ocurrir que en las Historias Clínicas se anotó la variedad final en que se produjo la salida del feto.

4º La ruptura prematura de las membranas asciende en mucha frecuencia a medida que la edad avanza. Este es un hecho asegurado por muchos autores.

5º Para el tiempo de duración del trabajo de parto consideramos que si el comprendido entre 6 y 10 horas es ideal para una primigestante, entonces debemos anotar que el grupo entre 29 y 32 años y el de 33 a 36 años tuvieron el más bajo porcentaje. La relación no es valedera para las de mayor edad por la tendencia que hay de intervenir en estas mujeres. Ahora bien: el trabajo de más de 20 horas es definitivamente

prolongado y aquí nuevamente hace su aparición con mayor porcentaje el grupo de edad comprendido entre 29 y 32 años. La distocia cervical guarda relación con el aumento de la edad.

6º En los métodos de finalización del parto vemos que a partir de los 25 años el requerimiento de intervenciones obstétricas crece progresivamente con la edad materna, sin embargo el índice es notablemente mayor a partir de los 29 años de edad en donde aparece más que duplicado el porcentaje respecto a las menores de 25 años, que se toman como grupo de control. La demora en el período expulsivo es francamente representativa de distocia más marcada en el grupo de las de 29 a 32 años. Las cifras de estrechez pélvica y de sufrimiento fetal como causa de cesárea son suficientemente elevadas para el grupo comprendido entre 29 y 32 años.

7º En cuanto al estado fetal inmediato anotamos que con Apgar de 3-7, es decir estado regular, según su autora, fue clasificado con porcentaje más alto el grupo problema que estamos estudiando (mujeres entre 29 y 32 años de edad).

8º Las cifras de mortalidad fetal como estado tardío, están de acuerdo con los autores que aseguran su aumento a medida que la edad crece.

9º El peso del recién nacido nos indica que la cifra de prematuridad es considerablemente alta para el grupo de mujeres comprendidas entre 29 a 32 años.

Los que tratemos este problema no quedaremos satisfechos jamás si no mencionamos, recordamos, el factor social tan importante que representa un hijo vivo y sano pues nos permi-

timos recordar, como varios autores, que la oportunidad de nueva gestación en una "Primípara Añosa" cada vez se hace más remota.

BIBLIOGRAFIA

- 1 RODRIGUEZ ASTIE ARIEL: Parto en la Primípara Vieja. Tesis de grado. Bogotá, 1952.
- 2 RAMIREZ MERCHAN: Conductas Obstétricas Controversiales. Revista de la Facultad de Medicina. U. Nacional. Enero y Febrero 1948. Nº 7-8. Vol. XVI. Pág. 1083-1168.
- 3 LINGER y BORONSTEIN: Citado por Rodríguez Astié.
- 4 ARNOLD y DONALD NELSON: Citado por Rodríguez Astié.
- 5 ROBERT HAEKING, WALTER COLEY Jr. y THOMAS M. TIERNEY: Citado por Rodríguez Astié.
- 6 GREENHILL: Citado por Rodríguez Astié.
- 7 L. A. CALKINS: Reproduction in the Older Woman. J.A.M.A. 141 635 638, Nov. 5 1949 U. de Kansas.
- 8 EDUARD G. WATERS y HENRY P. WAGER: Pregnancy and Labor Experiences of Elderly Primigrávidas. A. J. Obst. & Gynec. 59 296-304. February 1950.
- 9 JOHN PARKS: Geriatrics. 6:399-403, Nov. Dec. 1951.
- 10 ALBERT L. HIGDON. Pregnancy in the women over forty. American Journal of Obstetrics and Gynecology. July, 1960.
- 11 EMANUEL A. FRIEDMAN, MARLENE R. SACHTLEBEN, Chicago, Illinois. American Journal of Obstetrics and Gynecology. April 1, 1965. Vol. 91 Number 7.
- 12 LAWRENCE R. WHARTON. Am. J. Obst. & Gynec. 90: 672-681, Nov. 1964.
- 13 S. LEON y J. DEUTSCHBERGER: Obst. & Gynec. 24: 411-417, September, 1964.
- 14 IAN DONALD: Special Cases. Practical Obstetric Problems. Chapter III. Pág. 35-38.
- 15 Dato Estadístico del Instituto Materno Infantil. Bogotá 1964.
- 16 NIGON y MILLER: Special Cases. Practical Obstetric Problems. Chapter III Pág. 35-38.